N° 93.

DE L'OBLITÉRATION DES VEINES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 9 mai 1833;

PAR DAVAT, d'Aix;

DOCTEUR EN MÉDECINE;

Bachelier ès-lettres; Bachelier ès-sciences des Académies de Paris.

« Vis consilî expers mole ruit suâ. »
HORACE, liv. III, ode IV.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne n°. 13

1833.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, Examinateur.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
	.....
Pathologie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL, Président.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, Examinateur.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER.
	BOUILLAUD.
	CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER.
	JULES CLOQUET.
	DUPUYTREN.
	ROUX, Suppléant.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle, Examinateur.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry, Examinateur.
Cottereau, Suppléant.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse), Examinateur.
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MES ONCLES,

JOSEPH ET ALEXANDRE DAVAT.

Puisse ma reconnaissance égaler leurs bienfaits.

DAVAT.

Digitized by the Internet Archive
in 2020 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b31946823

DE

L'OBLITÉRATION DES VEINES.

PRÉAMBULE.

Je vais disserter sur un sujet étudié déjà tant de fois, qu'il paraît bien dépourvu d'intérêt : c'est sur les varices. Moi-même, lorsque je commençai, en juillet 1830, à m'occuper de leur traitement, je n'aurais jamais présumé qu'une opération si simple pût donner des résultats aussi avantageux.

Avant d'aborder l'exposition simple de ma méthode, et l'oblitération nécessairement forcée qui en est la suite, je dois dire que la solution du problème de l'oblitération, tant désirée, sans phénomènes inflammatoires graves, m'a conduit à l'examen et à la comparaison entre elles de toutes les méthodes établies. Je dis, sans que de graves phénomènes inflammatoires se soient développés, et nous verrons plus loin que ce résultat doit se trouver atteint : ce sera la plus belle conséquence de ma méthode et la meilleure garantie de sa réalisation. Ce résultat fera évanouir toutes les difficultés que l'on pourrait m'opposer, et mes conclusions, quelque merveilleuses qu'elles paraîtront, n'auront rien de chimérique.

Historique du traitement des varices.

Hippocrate et *Galien* piquaient les varices. *Celse* dit que toute veine nuisible doit être brûlée et emportée. *Ætius* recommande la cautérisation et la ligature contre les veines anciennes. *Paul d'Égine* eut recours à l'excision et à la ligature. *Albucasis*, *Avicenne*, *Séverin*, *Fallope*, n'indiquent pas d'autre traitement ; mais ils n'excisaient point comme *Celse* : ils découvraient la veine dans une petite étendue, la liaient et n'en excisaient qu'un pouce ou deux. *Ambroise Paré* conseille d'ouvrir la veine, d'en faire sortir le sang qu'elle contient, de tenir le malade en repos ; il conseille la section dans le cas d'ulcères variqueux. *Guy de Chauliac*, plus humoriste, voulait qu'on expulsât l'humeur mélancolique, qu'il considérait comme cause des varices, par la saignée, les purgatifs ; qu'on liât la veine, qu'on la vidât par l'incision ou qu'on l'excisât complètement. *Guillemeau* veut la ligature si la veine est sinueuse, la cautérisation avec les caustiques potentiels s'il en est autrement. Les deux *Fabrice* plaçaient deux ligatures, puis incisaient entre elles. *Scultet* répéta cette méthode. *Dionis* avait recours d'abord à la ponction, puis à la compression avec un bandage roulé sur une plaque de plomb ; il pratiquait la section entre deux ligatures, ou cautérisait avec le cautère actuel. *J.-L. Petit* calmait les douleurs en saignant les varices ; si la tumeur était circonscrite, il l'enlevait ; mais si le cordon veineux était complètement variqueux, il incisait sur son trajet, détachait la veine et l'emportait.

Ces différentes opérations ont été répétées quelquefois avec succès par les praticiens de nos jours ; cependant, malgré ces résultats, malgré les heureuses observations de *Béclard*, on s'en tient encore le plus généralement au traitement palliatif, soit que la ligature, ou l'excision, ou l'ablation, tous moyens sanglans, soient trop douloureux, trop inefficaces ou trop dangereux.

Inconvéniens du traitement palliatif.

L'insuffisance du traitement palliatif est depuis si long-temps connue, que déjà du temps d'*Hippocrate* on cherchait un moyen qui pût y suppléer. Nous venons de voir combien de chirurgiens se sont occupés, depuis le père de la médecine, de cette partie de leur art, et quels sont les moyens qu'ils ont employés et conseillés; aussi ne ferons-nous que rappeler les inconvéniens et les suites souvent fâcheuses de ce traitement palliatif, déjà jugé par de tels hommes.

C'est au moyen d'un bandage roulé ou d'un bas lacé fait de coutil ou de peau de chien que se fait la compression sur une jambe affectée de veines variqueuses. Tous les chirurgiens savent combien il est difficile qu'une bande reste long-temps et parfaitement appliquée; la confection régulière d'un bas lacé qui s'adapte parfaitement, et toujours parfaitement, n'est pas moins difficile; car, quel rapport peut-il y avoir entre un bas inextensible et un membre qui change de volume et de forme au moindre mouvement? Ce n'est pas tout; ce bas, fût-il parfait, a-t-il toujours de tels résultats que ses avantages, comparés à ses inconvéniens, le fassent toujours préférer à toute autre méthode? Examinons : avec un bas lacé, le malade affecté de varices n'est-il pas tenu de renoncer à toute course, à tout mouvement violent, à l'équitation, à la danse, à la chasse, etc.? autrement le membre se gonfle, se tend, devient chaud, douloureux; la sueur est résorbée par le bas, qui se durcit et forme autour de la jambe une cause constante d'irritation; aussi la peau s'enflamme, il survient de vives cuissons, quelquefois des excoriations. Le malade, tourmenté et fatigué, défait son appareil; les varices reparaissent; la jambe se gonfle, s'œdématie; il faut attendre au lendemain pour replacer le bas. Lorsque la maladie est plus avancée, on trouve que le membre s'est amoindri, a perdu de sa force; des lignes rouges désignent le trajet des veines malades; la peau est amincie sur ces trajets, recouverte ailleurs d'écailles furfuracées ou tachetée de rou-

geurs, et toujours traversée par des saillies et sillons, résultat inévitable des plis du bas.

Chez l'homme riche et soucieux de lui-même, les choses se passent pendant long-temps à peu près de la sorte; mais chez le pauvre, toujours insouciant de sa santé, et que le besoin de vivre force à mettre en usage le membre malade, les conséquences sont plus graves encore : c'est là que nous verrons tout le hideux d'une maladie d'aspect bénin jusqu'à présent.

Les gens du peuple ne portent pas d'habitude de bandage, ou, s'ils en ont un, il est mal conditionné, mal appliqué, toujours souillé de sueurs ou de suppuration, qui le raidissent et le rendent âpre, inégal; ils continuent en même temps leur métier le plus souvent pénible. Le membre, sollicité par ces diverses causes d'irritations, s'enflamme; il survient à chaque instant des érysipèles; la peau, enflammée, contracte des adhérences avec le vaisseau sous-jacent; le vaisseau lui-même se dilate progressivement; la dilatation s'accompagne de douleurs excessives; il y a danger continuel d'hémorrhagie; l'inflammation s'étend dans le tissu cellulaire autour du vaisseau, s'y abcède : il en résulte de petits ulcères indolens, de guérison très-difficile et longue. Les malades viennent alors à l'hôpital; on cicatrise ces abcès; une pellicule très-mince se forme à la surface; mais au moindre travail, cette pellicule se rompt, et dès-lors la maladie s'accroît rapidement si le malade ne cesse de travailler.

Le tissu cellulaire circonvoisin de la veine s'endurcit, forme des espèces de gouttières; la jambe présente des nodosités inégales; elle est tendue, chaude, douloureuse; le malade revient alors à l'hôpital. On voit que les abcès se sont transformés en ulcères larges et profonds, recouverts de sanie sanguinolente. Les surfaces ulcérées sont vivement irritées; l'inflammation peut se propager dans les membranes des vaisseaux béans dans la plaie; en même temps, il peut y avoir résorption du pus : la phlébite devient alors générale, et le malade succombe.

Le plus souvent la maladie, chronique dès le début, conserve cette

marche de chronicité ; les ulcères consécutifs aux abcès s'étendent peu ; la peau devient dure, écailleuse ; son tissu cellulaire lardacé ; le membre est pesant, pâteux, dur, froid, également volumineux dans toute son étendue. La guérison est dès-lors impossible, et ces malheureux restent ainsi sept à huit mois et plus dans les hôpitaux ; là, les uns contractent des maladies d'ennui et de chagrin, des gangrènes, des pourritures d'hôpital qui les conduisent au tombeau. Les autres, jeunes encore, et dont les forces vitales sont assez grandes pour résister à ces maladies intercurrentes, sont forcés à ne plus pouvoir travailler. Combien, à peine arrivés à trente-six ou quarante ans, ne pouvant plus satisfaire à leurs besoins, restent ainsi à la charge de la société qui doit les nourrir. Et le nombre de ces infortunés est grand, car, d'après les recherches de M. *Briquet*, un tiers des malades reçus en chirurgie dans les hôpitaux de Paris sont des gens atteints de varices ou d'ulcères.

Ce qu'il y a de plus déplorable, c'est que, le plus souvent, ces hommes sont pères de nombreux enfans, tous en bas âge, qui se trouvent dans une affreuse misère, parce que le père ne peut plus subvenir à leur faim. Il faudrait parcourir l'habitation du pauvre pour voir combien de familles sont réduites à cet état malheureux. Maintenant, si nous tenons compte de la fréquence de cette maladie, on remarque qu'elle est une de celles qui se rencontrent le plus souvent, et dans tous les temps et dans tous les lieux, car ceux qui en ont fait le calcul ont tiré la moyenne proportionnelle de 71 variqueux sur 258 hommes.

Si donc à cette maladie, réputée incurable, on trouvait guérison, quel service ne rendrait-on pas à la société! quels avantages n'en retireraient pas les hôpitaux, dont les dépenses affectées à cette seule maladie s'élèvent au moins chaque année à plus d'un tiers de la dépense totale faite pour les différens services de chirurgie !

Inconvéniens de la ligature.

Ætius d'Amide est le premier qui parle de la ligature, et *Paul d'Égine* paraît le premier l'avoir mise en usage : il fut imité par *Ambroise Paré*, *Goueius*, *Dionis*, *Heister*. *Albucasis* y avait recours, mais comme à un moyen hémostatique. *Scultet* répéta plusieurs fois l'essai qu'il en avait vu faire par *Fallope ;* mais il pense qu'elle doit être totalement abandonnée. D'après ses observations, les plaies résultant de ce moyen se cicatrisent très-difficilement.

Éverard Home rappela cette opération depuis long-temps abandonnée ; il liait la veine, non pas dans l'intention de l'oblitérer, mais afin d'établir au point lié un obstacle qui supporterait la colonne de sang, et permettrait aux varices sous-jacentes de se contracter. *Éverard* trouva bientôt des imitateurs dans *Smith*, *Travers*, *Brodie*, *Hysic*, *Béclard* et M. *Dupuytren*.

En réunissant toutes les observations de varices ou d'ulcères variqueux traités par la ligature, on voit que les avantages que l'on en a retirés sont bien loin de compenser les accidens qui en ont été la suite. Les ouvrages de *Hunter*, *Travers*, *Hogdson*, etc., offrent à chaque page des observations de phlébite résultant de cette méthode.

De ces accidens consécutifs à la ligature, les uns sont légers ; tels sont le phlegmon circonscrit, la phlébite légère des deux bouts de la veine, etc. Les autres sont graves, et surviennent quelquefois immédiatement après l'opération, ou seulement à la chute de la ligature, ou sont intercurrens à ces deux époques. Tels sont, l'inflammation vive de la plaie, l'inflammation étendue du tissu cellulaire, la formation de suppurations vastes et profondes ; la résorption de ce pus et son transport dans les organes essentiels à la vie ; la chute prématurée de la ligature, des hémorrhagies parfois mortelles ; enfin, ces phlébites générales qui conduisent le malade au tombeau au milieu d'une série d'épouvantables phénomènes.

Quoi qu'il en soit, toute opération de ligature nécessite, 1°. l'expo-

sition à l'air d'une étendue plus ou moins grande de la veine; 2°. la constriction du vaisseau par un corps étranger. C'est à cette double cause, et surtout à la première, que *Brodie* et les autres médecins anglais ont attribué les résultats fâcheux dont ils ont été si souvent témoins.

La présence du fil dans la plaie agit rarement et peu comme cause immédiate d'inflammation ; elle s'oppose seulement à la réunion par première intention ; car, pour que la ligature se détache, il faut une inflammation éliminatoire, qui ne survient parfois que du douzième au dix-huitième jour. Le retard de la chute du fil est, pour le procédé de la ligature, une circonstance heureuse, et nous verrons, lorsque nous parlerons du mécanisme de l'oblitération consécutive à la ligature, qu'avant le douzième ou quinzième jour la veine n'est point encore complètement oblitérée. Si l'inflammation qui doit séparer la ligature survient du troisième au sixième jour, qu'elle soit vive, que sa marche soit rapide, on voit alors survenir une série de phénomènes très-graves. A cette chute prématurée de la ligature, la plaie, vivement enflammée, suinte ou laisse fluer du sang en plus ou moins grande quantité. La phlegmasie de la plaie, jointe à l'action de l'air, gagne le vaisseau, envahit ses membranes, qui se rougissent, s'épaississent, sans se contracter; une sécrétion purulente se fait à la surface libre de la membrane interne, et l'adhésion primitive des parois est devenue impossible. L'inflammation s'est étendue avec plus de rapidité dans le tissu cellulaire du membre, qui s'infiltre, augmente de volume, et dont la peau devient chaude, d'un rouge érysipélateux. Le tissu cellulaire ambiant autour du vaisseau et de ses branches se condense, s'épaissit, et pour peu qu'il soit comprimé, l'inflammation, éprouvant des obstacles à son expansion, se termine promptement par suppuration; on voit alors paraître une infinité de ces petits abcès collectifs plus ou moins profonds, et qui seront bientôt de grands ulcères. L'inflammation remonte rapidement le long du vaisseau, comme si elle était entraînée par la circulation ; elle gagne les gros vaisseaux, devient générale, et le malade succombe si on n'a

pas pu l'arrêter dans sa marche, ce que *Hunter, Rheil, Abernethy* disent avoir obtenu en comprimant sur le vaisseau au-dessus de la portion malade.

Ce que nous venons de rapporter comme consécutif à la chute prématurée de la ligature survient aussi très-souvent à une époque quelconque après l'opération; d'autres fois ces accidens ne surviennent qu'à la chute régulière de la ligature. Nous n'avons cité que les accidens les plus communs : ils sont quelquefois instantanés et surviennent sans cause appréciable; ils peuvent s'accompagner en même temps d'autres phénomènes. On a cité un cas où la ligature était à peine placée qu'une hémorrhagie survint dans l'estomac, et ne cessa que lorsqu'on eut délié le fil.

Si, malgré tous les dangers que court l'opéré, il avait au moins la certitude de sa guérison, le procédé serait recommandable; mais souvent les varices ne cessent point, et reparaissent sitôt que le malade met sa jambe perpendiculairement sur le sol; doit-on alors pratiquer de nouvelles ligatures? Autant vaudrait avoir recours à l'excision ou à l'incision, comme l'ont fait MM. *Boyer* et *Richerand*, qui recommandent cependant de ne pas les imiter.

Inconvéniens de l'excision et de l'incision.

Les anciens chirurgiens employaient fréquemment l'extirpation, qui fut tant vantée par *Petit*. Quoi qu'il en soit, tous les dangers que nous avons signalés à la ligature sont applicables à ces méthodes, qui entraînent elles-mêmes d'autres dangers plus graves encore; et les chirurgiens anglais, qui ont abandonné la ligature pour l'excision, ont eu après cette dernière des résultats plus prompts et plus fâcheux qu'après la ligature.

M. *Lisfranc*, appréciant à sa juste valeur l'action de l'air sur le tissu des veines qui restent béantes dans la plaie après leur section, dit : J'ai souvent remarqué qu'à l'instant même de la section, l'air se précipitait dans la cavité du conduit veineux, et qu'à l'irruption

de ce fluide succédait une horrible phlegmasie, une phlébite atroce, qui, devenant générale, détruisait l'individu en vingt-quatre heures. Il a vu très-souvent cette inflammation se développer même avant l'application du premier appareil.

Je ne m'étendrai pas davantage sur les accidens de l'excision et de l'incision; j'ajouterai seulement que les grandes plaies résultant de la lésion d'une veine sont de guérison très-difficile et de longue durée, et que pendant toute cette durée le malade est constamment sous l'imminence d'une phlébite générale soit par résorption de pus, soit par propagation de l'inflammation.

Les auteurs de l'époque actuelle font abnégation de tous les moyens sanglans, soit qu'ils les trouvent trop douloureux, soit qu'ils doutent de leur efficacité, soit qu'ils se défient avec raison des dangers qu'ils peuvent amener : ils préfèrent s'en tenir au traitement palliatif.

De la circulation dans les veines liées.

L'anatomie pathologique des varices prouve que le système des veines collatérales s'est dilaté à mesure que la veine variqueuse a acquis du développement; aussi observe-t-on que toujours l'oblitération peut se faire dans une veine sans qu'il y ait dérangement maladif dans la circulation.

Mais la circulation, dans un membre dont on a lié une veine, se continue-t-elle par les anastomoses de cette veine qui vont aux collatérales? Nous verrons bientôt que non; car toutes les fois qu'il existera circulation collatérale au moyen des anastomoses, les varices persisteront comme si l'on n'eût pas opéré.

Étudions un peu la disposition anatomique des veines : je ne sache pas qu'aucun auteur ait fait l'application de cette disposition aux veines variqueuses de la jambe. Cette disposition nous sera de grand secours, 1°. pour expliquer le phénomène de l'oblitération et celui de la persistance des varices; 2°. pour nous donner les moyens de remédier à cette persistance.

En général, il ne se rencontre qu'une seule anastomose dans l'espace compris entre une valvule et une autre valvule ; et la veinule qui apporte le sang au tronc principal vient presque constamment s'ouvrir vers le bord libre de la valvule inférieure : c'est à cause de cette disposition, sur laquelle j'insiste, que *Béclard* et tous ceux qui se sont occupés de la ligature ou de la section ont eu assez souvent d'heureux résultats. C'est encore pour cela qu'ils ont vu les varices persister lorsque cette disposition était changée.

Les valvules elles-mêmes doivent être considérées comme de vraies ligatures naturelles, toutes les fois qu'il y a obstacle matériel à la circulation au-dessus d'elles ; car, pour que le sang pût circuler librement, il faudrait qu'il pût revenir sur lui-même ; mais les valvules sont là, et dilatées elles mettent un obstacle puissant à son retour ; la circulation est donc impossible, et le sang stagne de nécessité dans le tronc et les veines qui s'y rendent jusqu'à leur première anastomose.

Admettons qu'une veine volumineuse et sans valvule se rende au tronc que l'on veut oblitérer, et qu'elle y apporte le sang des extrémités ; si cette veine a en même temps des anastomoses avec les veines profondes et avec le tronc principal, et *qu'elle soit sans valvule*, alors la circulation sera possible dans toute la portion inférieure de la veine sous-jacente à son embouchure. La circulation dans le tronc principal est encore possible toutes les fois qu'une veine auxiliaire ou de transport part du tronc principal pour charrier dans les veines voisines le sang contenu dans le tronc lui-même.

La circulation dans une veine telle que la saphène, que l'on voudrait oblitérer et que l'on aurait liée vers le genou, n'est donc possible, 1°. que lorsqu'il existe une veine anastomotique sans valvule ; 2°. lorsqu'il existe une veine de transport avec valvules dirigées dans le même sens que celles du tronc principal.

Voilà, je crois, les deux seules causes de la persistance des varices dans une veine qu'on a liée : de là la cause des insuccès attribués à la ligature, quoique la plaie se fût parfaitement guérie. On le voit

dans des cas analogues et qui sont rares, car j'ai peu vu cette disposition malgré d'assez nombreuses recherches : il suffira d'oblitérer la veine de transport ou l'anastomose pour faire cesser la maladie.

Si donc la circulation consécutive à l'oblitération est si difficile et si rare dans le tronc principal, comment se continue la circulation du membre? On sait qu'aux radicules artérielles très-nombreuses succèdent des radicules veineuses pour le moins aussi nombreuses. Les radicules artérielles viennent en général d'un seul tronc, tandis que les radicules veineuses vont en former plusieurs; au point que l'on peut interrompre la circulation dans un de ces troncs veineux, sans que pour cela le sang soit obligé de se détourner pour gagner le cœur. C'est donc par une continuité de communications directes que se continue la circulation. Ces communications existent de tout temps et se sont considérablement amplifiées sous l'effort du sang. Aussi ne faut-il pas s'étonner si les accidens que semblerait devoir déterminer la stase du sang sont si rares après l'interruption du cours du sang dans une veine.

De l'oblitération.

Ce que je vais dire de l'oblitération d'une veine n'est que l'anatomie pathologique des recherches que j'ai faites, et qui m'ont amené au traitement que je vais bientôt proposer.

L'oblitération d'une veine est sa transformation en un cordon blanc solide, comme ligamenteux. Je ne considère point comme oblitérée une veine dans laquelle il s'est formé un caillot obstruant sa cavité et mettant obstacle à la circulation; nous verrons un peu plus loin que cette oblitération, quoique réelle, n'est jamais que temporaire.

L'oblitération d'une veine est toujours consécutive, 1°. à un épaississement des parois de la veine, 2°. à une adhérence primitive des parois opposées de la membrane interne.

Art. Ier. L'oblitération consécutive à un épaississement des parois veineuses succède toujours à une compression ou à une restriction

exercée sur le tube de la veine. Je ne veux pas dire pour cela que la ligature et la compression ne soient nécessairement suivies que de l'épaississement des parois. Nous avons vu à l'article *Ligature* quelques-uns des accidens qui peuvent résulter de ce procédé.

La ligature et la compression exercées sur une veine ne déchirent point ses membranes ; elles leur impriment seulement une ligne de dépression visible, et les plissent longitudinalement de chaque côté. Le sang s'accumule au-dessus et au-dessous du point comprimé ; il y stagne et se transforme en un caillot qui se résorbe à mesure que la cavité de la veine diminue par l'épaississement des parois ; et la résorption de ce caillot n'est complète que lorsque la veine est complètement oblitérée. Pendant tout ce temps, il n'y a pas trace de rougeur sur la membrane interne, ni le moindre signe d'inflammation adhésive, ni agglutination des plis continus qui s'effacent en même temps que la veine reprend son calibre plus ou moins rétréci ; si on détruit la compression ou la ligature plus ou moins tôt, le travail d'oblitération cesse à l'instant même, et la veine redevient très-perméable.

Peu après l'application de la ligature ou de la compression, et autour d'elles, la gaîne celluleuse commence à s'épaissir par un épanchement de lymphe coagulable qui s'étend progressivement en haut et en bas et plus profondément. Peu à peu et lentement, cet épaississement blanc se propage avec légères traces de rougeur et d'infiltration sanguine. La membrane interne, repoussée, se contracte, se ride, et reste blanche sans rien produire par sa surface interne ; le caillot sanguin se trouve en même temps refoulé et résorbé. Le diamètre du tube diminue et se resserre petit à petit, jusqu'à ce qu'il se trouve enfin complètement fermé, ce qui arrive du douzième au seizième jour, et bien souvent plus tard. Voilà ce qui se passe dans les cas ordinaires : une fois la veine oblitérée dans un point, l'oblitération s'étend par résorption du caillot dans tout l'espace où la circulation est interrompue : il y a par là même guérison.

D'autres fois, il se développe autour de la ligature une inflammation éliminatoire trop prompte, la veine n'étant point encore oblitérée. Cette chute prématurée de la ligature est un accident fâcheux; les deux bouts séparés de la veine restent béans : on voit alors survenir tantôt une hémorrhagie grave, tantôt une phlébite atroce, dont l'inflammation se termine par une prompte suppuration, qui remplit le vaisseau. Le malade succombe, et jamais on ne trouve la veine oblitérée en aucun point.

Ce genre d'oblitération par épaississement des parois a été reconnu par *Travers*, et désigné par lui sous le nom d'*oblitération interstitielle.* Il commence toujours par la gaîne cellulaire, sans que la membrane interne présente la moindre disposition à l'inflammation adhésive, ce à quoi s'opposent également et le coagulum dans un cas, et la sécrétion purulente consécutive à la phlébite dans l'autre.

D'après ce qui précède, on voit que tous ceux qui lièrent les veines ne devaient et ne pouvaient obtenir que l'épaississement interstitiel, épaississement incertain, dangereux à tenter, très-long et très-difficile à obtenir, et très-souvent mortel.

Art. II. *De l'oblitération consécutive à une adhérence primitive des parois opposées de la membrane interne.*

Hunter et M. *Dupuytren* pensent que l'inflammation adhésive peut exister dans les veines, et qu'elle s'y fait lentement et difficilement.

Travers, s'il n'ose la nier, croit au moins qu'elle est excessivement rare.

Rheil et *Abernethy* croyaient qu'en comprimant sur une veine malade au-dessus du lieu enflammé, on parviendrait à arrêter la phlegmasie par l'adhérence des parois opposées.

Quoi qu'en ait dit *Bichat*, l'inflammation adhésive d'une veine est plus difficile que celle d'une artère; car la membrane interne d'une veine n'offre pas la même facilité à être divisée que celle d'une artère, *et l'adhérence primitive sans lésion qui tienne en contact les parois opposées* ne s'y fait que très-difficilement, ou plutôt *ne s'y fait point.*

Cependant le peu de disposition de la membrane interne d'une veine à l'union adhésive n'est pas incompatible avec sa susceptibilité à contracter des inflammations très-graves et des plus intenses : au contraire, d'après les observations recueillies jusqu'à ce jour, on a vu bien plus souvent survenir ces phlegmasies terribles qui entraînaient le malade en peu d'heures. Aurait-on tort de rechercher la cause de ces accidens dans le procédé opératoire employé où de vastes surfaces sont mises long-temps à découvert? La rapidité et la violence de l'inflammation, les symptômes sympathiques et généraux qui se manifestent parfois aussi promptement que marche la circulation, ne doivent-ils pas engager à regarder souvent cette phlegmasie comme dépendante de la cause directe de l'air?

On s'est étudié à donner différentes résolutions aux phlegmasies d'une veine; ces résolutions, basées sur l'observation, ont été pour plusieurs moins occultes que les causes qui les avaient produites; et l'on se demande encore fréquemment aujourd'hui pourquoi on trouve chez l'un une résolution par suppuration, et chez l'autre une oblitération simple, sans qu'il soit survenu d'accidens? pourquoi, enfin, cette oblitération a déterminé quelquefois une prompte guérison, tandis que d'autres fois la guérison s'est fait long-temps attendre ou a été impossible? Peut-être que si l'on eût tenu compte des conditions dans lesquelles l'opération a été pratiquée, de l'opération elle-même, de ses suites, de l'action de l'air, et surtout *du genre de travail qui devait amener l'oblitération*, on aurait trouvé la cause de ces différences.

Voici un fait qui me paraît fortifier cette opinion. A la suite d'une saignée, où la veine avait été probablement percée de part en part, par un brusque mouvement du malade, il survint une douleur profonde, avec légère rougeur autour des lèvres de la plaie; il y avait légère extravasion sanguine. On comprima sur le vaisseau, et le sixième jour il y avait guérison complète : le malade succomba à une pneumonie dont il était atteint. A l'ouverture du cadavre, je trouvai la veine céphalique oblitérée.

Presque aucune des phlegmasies de la membrane interne n'est capable de déterminer une inflammation adhésive des parois ; la résolution par suppuration en est aussi distincte que celle par épanchement de lymphe coagulable en est rapprochée. Mais cette inflammation avec épanchement de lymphe coagulable est-elle indispensable pour qu'il y ait lieu à l'oblitération ? Y a-t-il indispensablement inflammation dans l'oblitération des veines ombilicales ? Ou plutôt ces veines ne s'oblitèrent-elles pas parce que le sang ne court plus dans leur conduit ? Ce qu'il y a de certain, c'est que cette inflammation est le plus souvent sans symptômes ; c'est encore ce qui arrive chez les nouvelles accouchées affectées d'œdème aux membres inférieurs : elles ne s'aperçoivent de leur maladie que lorsque la veine oblitérée, ne donnant plus passage au sang depuis plusieurs jours, a déterminé une infiltration séreuse de tout le membre : alors la veine saphène présente un cordon tendineux le long de toute la partie interne de la cuisse. Mais ce qui se passe dans les veines ombilicales, où le sang ne circule point et ne séjourne pas, dès que l'enfant a respiré, ne peut pas être comparé à ce qui se passe dans d'autres veines où le sang stagne de nécessité ; en sorte que, d'après ce que nous savons de la ligature, je crois que dans une veine où le sang stagne, l'inflammation adhésive est impossible entre les parois opposées de la membrane interne, si l'on ne tient en contact, par une légère ulcération, ces mêmes parois opposées. Cette lésion, quelque minime qu'elle soit, sera toujours suffisante pourvu que l'on tienne les parois opposées en contact pendant tout le temps nécessaire pour la consolidation, c'est-à-dire pendant quatre ou cinq jours. Les faits que je rapporterai bientôt mettront cette vérité hors de doute.

Voici ce qui se passe, lorsqu'à l'aide d'une aiguille on a percé et mis en contact les parois opposés d'une veine : une lymphe coagulable, analogue à celle qui est produite par la lésion d'une veine effectuée par la lancette, s'épanche sous l'influence de l'aiguille qui la provoque ; elle se dépose autour des points légèrement irrités, et là, à l'abri du cours du sang, elle fait adhérer entre elles les parois opposées,

tenues en contact par l'aiguille elle-même; les parois sont déjà adhérentes (ce qui a lieu en trente-six heures), lorsque l'inflammation s'accroît légèrement et tend à se débarrasser de l'aiguille, qui devient vacillante dans la plaie, et tomberait d'elle-même dès le troisième jour.

Je vais passer de suite à l'exposition du traitement que je me propose, et dans un dernier paragraphe je parlerai de ses avantages sur les autres méthodes.

Ce traitement consiste à irriter très-légèrement deux points opposés de la membrane interne d'une veine, et en même temps à maintenir en contact ces deux points opposés de la surface interne. Une simple aiguille à coudre, recourbée ou non, aplatie ou non, satisfait parfaitement à toutes ces conditions, indispensables pour obtenir une prompte oblitération; il suffit pour cela de faire un point sur la veine, c'est-à-dire de traverser perpendiculairement sa paroi antérieure, puis sa paroi postérieure, avec la pointe de l'aiguille que l'on incline et que l'on ramène plus haut à traverser encore sa paroi postérieure, puis sa paroi antérieure : on assujettit l'aiguille dans cette position à l'aide d'un fil tortillé en huit.

Ire. OBS. Je pris un chien de taille moyenne; je lui plaçai tout près des clavicules une ligature autour du cou, comme si j'eusse voulu le saigner à la jugulaire : la veine se gonfla; la saisissant alors entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, je la soulève et passe à travers la peau une aiguille au-dessous d'elle, qui vient sortir au côté opposé, de manière à prendre le moins de peau possible. Tout ce que je viens de faire n'est que préparatoire, et ne sert qu'à faciliter le second temps de l'opération. Après m'être assuré que la veine est ainsi isolée et repose parfaitement sur cette première aiguille, je prends alors une seconde aiguille et je perce perpendiculairement la peau, puis la paroi antérieure de la veine, puis sa paroi postérieure; j'incline et je ramène un peu plus haut la pointe de l'aiguille, de ma-

nière à percer encore la paroi postérieure, puis la paroi antérieure de la même veine, enfin la peau.

Après avoir mis de la sorte en contact les surfaces de la membrane interne, piquée en quatre points, j'abandonne les aiguilles dans cette position en croix, et les assujettis à l'aide d'un fil, pour que l'animal, qui est sollicité par une légère démangeaison, ne puisse se les enlever.

Cinq jours après, je coupai le fil, et les aiguilles, vacillant dans de petites plaies, tombèrent comme d'elles-mêmes. Ces petites plaies qui étaient en rapport avec la surface des aiguilles furent cicatrisées et guéries en trois heures. Il y avait autour des aiguilles un noyau dur et résistant, du volume d'une grosse aveline, qui fut bientôt résorbé, et disparut en dix jours.

Ce jour-là, ou le quinzième jour après la première opération, j'opérai de la même manière la jugulaire du côté opposé. Le cinquième jour, j'enlevai les aiguilles; les mêmes phénomènes se passèrent, et le lendemain je tuai l'animal.

L'ouverture du cadavre me fit voir la veine jugulaire externe gauche complètement imperméable au sang; elle était comme disparue et transformée en un cordon blanc, arrondi, filiforme, analogue au tissu ligamenteux (c'est ce cordon que l'on voit sur cette pièce et sur cette planche); l'oblitération s'étendait en haut et en bas du point lésé, jusqu'aux premières anastomoses, qui étaient suffisamment dilatées et établissaient au sang un libre cours. A partir des anastomoses, le tissu veineux reprenait son état normal; on n'y voyait aucune trace d'inflammation; il n'y avait nulle part de caillots sanguins.

Le tissu cellulaire entourant la portion de la veine oblitérée était à l'état normal le plus parfait; il n'y avait plus de trace de la tumeur qui y avait existé, et on ne pouvait distinguer le point où avaient piqué les aiguilles que par une tache jaunâtre, laissée probablement par l'oxyde de fer.

La jugulaire externe droite, opérée depuis cinq jours, était entourée

au point opéré d'une petite tumeur solide, circonscrite dans le tissu cellulaire voisin, et adhérente à la peau par sa partie antérieure. Cette tumeur enveloppait circulairement près de dix à douze lignes de la veine; son tissu était blanc, dense, épais, sans sérosité, percé crucialement par deux lignes jaunâtres, qui indiquaient la place qu'avaient occupée les aiguilles.

Le tissu de la veine, qu'on ne pouvait différencier au milieu de la tumeur, était, à sa sortie, contracté et blanchâtre sans épaississement manifeste, et reprenait un peu plus loin son état normal.

La surface de la membrane interne, contractée et plissée, n'était point rouge, et présentait, en haut et en bas, deux petits caillots sanguins, s'étendant jusqu'aux premières anastomoses. Ces caillots enlevés, j'ai pu voir en insufflant que la veine était complètement oblitérée. (C'est ce que représentent la même figure et la même pièce anatomique.)

Avec le même succès et de la même manière, j'ai opéré sur six chiens de différentes tailles; jamais aucun d'eux ne témoigna le moindre malaise. J'ai quelquefois enlevé les aiguilles dès le troisième et le quatrième jour; mais les tractions que j'étais obligé de faire pour les arracher, parce qu'elles étaient encore adhérentes, faisaient souffrir l'animal; d'autres fois, la tumeur n'était point encore parfaitement formée et circonscrite, et je perdais ainsi tous les avantages d'une compression sur la veine, compression déterminée tant par la tumeur que par les aiguilles elles-mêmes.

Aussi, voulant un jour enlever les aiguilles après trente-six heures d'application, je vis qu'il y avait déjà inflammation adhésive; les parois veineuses adhéraient, mais ces adhérences étaient peu solides, et l'arrachement des aiguilles détruisit ce qu'elles avaient d'abord produit.

En général, il vaut mieux attendre pour enlever les aiguilles qu'une inflammation éliminatoire se soit développée; les aiguilles tombent alors d'elles-mêmes, laissant après elles une ligne fistuleuse qui se guérit en quelques heures. Cette inflammation éliminatoire n'est point

à craindre, et ne saurait se propager, étant complètement limitée et renfermée dans la tumeur, la veine n'ayant plus la même nature et étant oblitérée déjà depuis trois jours.

IIe. OBS. J'ai placé les aiguilles sur deux points différens de la jugulaire externe droite d'un chien, de manière à laisser entre ces deux points un espace distant de deux pouces, plein de sang. Les tumeurs se formèrent aux points piqués des aiguilles; j'enlevai les unes le quatrième et les autres le sixième jour. Le sang coagulé entre ces deux points fut résorbé, les tumeurs s'affaissèrent, et la veine fut oblitérée. Il ne survint encore ici aucun accident.

Maintenant la compression seule suffit-elle pour déterminer l'oblitération d'une veine? Les observations suivantes répondront à cette question.

IIIe. OBS. J'ai plusieurs fois tenté d'oblitérer des veines en comprimant ces dernières à l'aide d'une aiguille passée au-dessous, et sur laquelle je tortillais un fil en forme de huit; j'avais soin de serrer assez fortement le fil pour presser la veine contre la peau, et interrompre ainsi toute circulation. Il se formait promptement une petite tumeur qui entourait la veine; en même temps, le fil qui comprimait fortement la peau ne tardait pas à la déchirer. Le quatrième jour l'aiguille était vacillante, et ne faisait plus que l'office de corps étranger sollicitant une inflammation éliminatoire : il fallait donc que j'enlevasse cette aiguille inutile, ou que j'attendisse que l'inflammation fût assez vive pour séparer la continuité du tronc veineux, ou que je resserrasse le fil. C'est ce que j'ai fait : en sorte que le quatrième jour j'enlevais l'aiguille; mais à cette époque la veine est loin d'être oblitérée, ses parois sont seulement épaissies et blanchâtres; et l'épaississement marche de dehors en dedans (voyez l'art. *Oblitération*), et s'arrête subitement dès que, la compression étant supprimée, le sang continue à circuler dans le vaisseau.

J'ai poussé plus loin l'expérience pour obtenir l'oblitération par le seul effet de la compression ; c'est ainsi que sur deux chiens, qui, le cinquième jour, avaient la peau que comprimait le fil déchirée, et l'aiguille vacillante, je resserrai le fil dans la plaie elle-même. Je le resserrai le septième jour encore : la tumeur devint volumineuse ; il y avait autour du fil une plaie d'aspect désagréable. Ces animaux souffraient, refusaient des alimens. Je supprimai la compression : la plaie se cicatrisa lentement, et le trentième jour je tuai l'animal. La veine, quoique fortement épaissie, n'était point encore oblitérée, et son ouverture, quoique très-rétrécie, donnait encore passage au sang.

Enfin, j'ai voulu resserrer chaque jour le fil sur l'aiguille, jusqu'à séparation de continuité de la veine en deux bouts. Il survint le dixième jour une phlébite avec épanchement de pus dans la cavité de la veine, qui n'était point encore oblitérée. L'oblitération consécutive à la compression est donc si difficile, qu'on y doit renoncer; et vouloir nécessairement l'obtenir serait s'exposer à tous les dangers que nous avons signalés à l'article *Ligature*.

IVe. OBS. J'ai passé deux fois une aiguille au-dessous de l'artère crurale de deux chiens; j'ai assujetti les aiguilles avec un fil : au bout de trois jours l'artère était oblitérée.

FIN.

D'après tout ce qui précède, j'aurai peu à dire pour faire ressortir les avantages du traitement que je viens d'exposer, sur tous les autres; aussi me contenterai-je de les mettre ici brièvement, et le plus clairement possible, en comparaison : on pourra juger avec plus de certitude et choisir avec plus de conviction.

N°. 1. TRAITEMENT PAR ADHÉSION.	N°. 2. TRAITEMENT PAR ÉPAISSISSEMENT INTERSTITIEL.	N°. 3. TRAITEMENT PAR EXTIRPATION ET PAR INCISION.	N°. 4. TRAITEMENT PALLIATIF.
C'est celui que je propose.	*A celui-ci se rapportent la ligature et la compression.*		
A. Procédé très-simple, sans nulle douleur, sans danger.	*A*. Procédé plus difficile, assez douloureux et toujours dangereux.	*A*. Procédé plus douloureux, plus compliqué et plus dangereux encore.	*A*. Cette maladie de tous les temps et de tous les lieux est si fréquente, que sur 258 hommes on compte 71 variqueux.
B. Pas d'incision à la peau.	*B*. Grande incision à la peau.	*B*. Incision bien plus grande à la peau.	*B*. Malgré ce traitement, la maladie marche toujours vers une terminaison sinon mortelle, mais qui empêche toujours le malade de vaquer à ses occupations.
C. Pas d'action de l'air, par conséquent rien à redouter de la part des accidens si souvent consécutifs à ces causes.	*C*. Action de l'air inévitable. La conséquence de cette incision et de cette action de l'air est presque toujours une phlébite mortelle.	*C*. Action de l'air plus certaine encore, au point qu'on a vu la phlébite arriver subitement et se terminer par la mort avant vingt-quatre heures.	*C*. Grand nombre de malades arrivés à trente-six ou à quarante ans, pleins de force du reste, sont dans l'impossibilité de gagner leur vie et restent ainsi à la charge de la société. Ce qu'il y a de plus déplorable, c'est que ces hommes sont le plus souvent pères de nombreux enfans que leur seul travail nourrit, et qui se trouvent ainsi dans une affreuse misère.
D. Oblitération complète au cinquième jour.	*D*. Oblitération très-souvent incomplète, même au quinzième jour.	*D*. Douleurs horribles pendant l'opération, surface ulcérée immense et capable de toutes les résolutions amenant la mort.	*D*. Les varices durent toute la vie, qu'elles peuvent à tout instant détruire, soit par une hémorrhagie ou autre maladie intercurrente.
E. Pas de chute de ligature, et par conséquent pas d'accidens consécutifs.	*E*. Chute de la ligature du dixième au quinzième jour; quelquefois chute prématurée. Hémorrhagies mortelles, ulcères effrayans, phlébite générale, mort consécutive.		*E*. D'après M. *Briquet*, presque un tiers des malades reçus en chirurgie dans les hôpitaux sont des hommes affectés de varices ou d'ulcères; leur séjour dans les salles est toujours de plusieurs mois, ce qui occasione à l'administration, pour cette seule maladie, une dépense équivalente au tiers de la somme totale affectée au service de toute la chirurgie.
F. Guérison radicale en quinze jours.	*F*. Guérison incertaine et rare avant le troisième mois.	*F*. Guérison excessivement lente et toujours très-difficile.	
G. Facilité d'opérer une anastomose qui entretiendrait une varice.	*G*. Difficulté et dangers d'opérer une anastomose qui entretiendrait une varice.		
H. Dépenses pour les hôpitaux diminuées des trois quarts, puisque la durée du séjour sera diminuée d'autant.	*H*. Dépenses effrayantes s'élevant rapidement par la durée prolongée du séjour dans les hôpitaux.	*H*. Séjour plus prolongé encore dans les hôpitaux, et par conséquent dépenses plus élevées.	